



ASISTENCIA DE EMERGENCIA - NOTIFICACION DE ACCION
EMERGENCY ASSISTANCE - NOTICE OF ACTION

State Form 53418 (11-07) / CW 0019S

Formulario del Estado 53418 (11-07) / CW 0019S

IMPORTANTE: El reverso de esta forma contiene información importante acerca de sus derechos y responsabilidades bajo este programa.

Nombre	Numero del caso
Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)	Fecha de la aplicación (mes, día, año)
	Fecha de la notificación escrita (mes, día, año)

ESTATUS DE LA APLICACIÓN
Su aplicación para la Ayuda de Emergencia ha sido aprobada. La ayuda bajo este programa empezará _____. <small>Fecha (mes, día, año)</small>
Los servicios que recibirá son: _____ _____ _____
Su aplicación para la Ayuda de Emergencia ha sido negada por las razones siguientes: _____ _____ _____ _____

CAMBIO EN EL ESTATUS
Los servicios de Ayuda de Emergencia que usted recibe cambiarán al principio _____. <small>Fecha (mes, día, año)</small>
Los cambios que ocurrirán son: _____ _____ _____
La Ayuda de Emergencia que actualmente recibe se le suspenderá a partir _____. <small>Fecha (mes, día, año)</small>
Este cambio es el resultado de: _____ _____ _____

SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Una audiencia de apelación con respecto a su Ayuda de Emergencia se encuentra disponible a través del IVA EA elegible, será otorgado bajo aplicación ante el Departamento de Servicios del Niño de Indiana a los individuos cuyos beneficios por este programa hayan sido negados o no se les ha notificado con prontitud razonable.

Si usted desea apelar, mande una carta con su firma al Departamento de Indiana de Servicios de Niño, FSSA Hearings and Appeals; 402 W Washington St. Room E034; Indianapolis, IN 46204, indicando que usted desea apelar. Asegúrese que la carta contenga su dirección y un número de teléfono donde usted puede ser localizado. Si usted es incapaz de escribir esta carta usted mismo contacte a su Director del Caso de la Familia quien le ayudará a solicitar esta apelación. Usted será notificado por escrito por FSSA Hearings and Appeals de parte del Departamento de Servicios del Niño acerca de la fecha, hora y lugar de la audiencia, antes de o en la audiencia, usted tendrá el derecho de examinar los materiales pertinentes, su elegibilidad para la ayuda de la emergencia en la oficina de condado. Usted puede representarse a si mismo en la audiencia o autorizar a un representante, tal como un abogado, un pariente, un amigo, u otro portavoz para que lo represente. En la audiencia, usted tendrá la entera oportunidad de presentar testigos, establecer todos los hechos y circunstancias pertinentes, desarrollar cualquier argumento, y preguntar o negar cualquier testimonio o la evidencia presentados por el Departamento de Servicios del Niño de Indiana.